

دكتورة نسائية / فائنة عتاني

حضرة المريضة المحترمة،

مرحبا بكم في عيادتنا. الأسئلة التالية الموجودة علي هذه الورقة من الضروري الاجابة عليها إذا كنت غير متأكدة من الإجابة أرجو وضع علامة أستفهام(?) عليها. وفي نهائيه البيانات أرجو التوقيع علي دقت وصحت المعلومات.

المريضة:

إسم العائلة الاسم تاريخ الولادة

العنوان:

إسم الشارع رقم البيت رقم المدينة إسم المدينة

تلفون البيت : البريد الالكتروني :

تلفون الموبيل : الطول : الوزن:

اسم دكتور العائلة: المهنة :

عدد حالات الحمل؟ عدد الولادات؟ عدد الاجهاض؟

سن البلوغ؟ تاريخ آخر دورة شهرية؟

هل أنتي حامل؟ نعم / لا إذا كان الأمر كذلك, في أي شهر؟

هل تُدخنين السكائر؟ نعم / لا إذا كان الأمر كذلك, كم واحدة باليوم؟

هل تمارسين الرياضة؟ نعم / لا إذا كان الأمر كذلك, كم ساعة بإسبوع؟

عمليات؟ نعم / لا إذا كان الأمر كذلك, ما هي :

حساسية؟ نعم / لا إذا كان الأمر كذلك, من ماذا :

هل لديك أو كان لديك أي من الأمراض/الالتهابات التالية؟

ارتفاع ضغط الدم	.....	الجلطة	.....	السكتة الدماغية	.....	النوبة قلبية	.....
الدوالي	.....	أمراض الكبد	.....	أمراض الكلية	.....	داء السكري	.....
الصرع	.....	هشاشة العظام	.....	إضطرابات هرمون	.....	أمراض الغدة الدرقية	.....
نزيف	.....	خشونة العظام	.....	ضعف المثانة	.....	مرض السرطان	.....
أضطرابات نفسية	.....	التهاب الكبد	.....	فيروس نقص المناعة البشرية	.....	

أمراض عائلية؟

ارتفاع ضغط الدم	.....	الجلطة	.....	النوبة القلبية	.....	السكتة الدماغية	.....
الدوالي	.....	مرض السرطان	.....	داء السكري	.....	الحساسية	.....
الربو	.....	هشاشة العظام	.....			

هل تتناولين الادوية حاليا؟ نعم / لا حبوب منع الحمل

ما هي؟

متي كان آخر فحص نسائي؟

عن طريق من توصلتي الي عيادتنا

..... دكتور أقرباء دفتر التلفونات الجريدة الإنترنت قطعة العيادة الخارجية

هل تردين بإعلامك عن موعد الفحص التالي؟ نعم / لا

هل يمكننا أن نرسل لك كخدمة خاصة عن طريق البريد الالكتروني الخاص بك أحدث النتائج العلمية عن الصحة والرعاية وكل جديد يخص العيادة نعم / لا

التاريخ التوقيع